

Anamnesebogen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum/Ort: _____ Straße: _____ PLZ/Ort: _____ Telefon (privat): _____ Handy: _____ E-Mail-Adresse: _____ Beruf: _____ Arbeitgeber, Ort: _____ Telefon (gesch.): _____ Krankenversicherung: _____	Wenn Sie nicht selbst Versicherungsmitglied sind, wer ist Mitglied? Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum/Ort: _____ Straße: _____ PLZ/Ort: _____ Wer soll die Rechnung erhalten? _____ Erhalten Sie Beihilfe des öffentlichen Dienstes ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wer hat uns empfohlen? _____
---	--

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 um die für Ihre Behandlung geeigneten Behandlungsverfahren und Medikamente auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne fragen.

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

	JA	NEIN	Ergänzende Angaben
Allergien (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn ja, haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt, Hypertonie (Bluthochdruck), Hypotonie (Niedriger Blutdruck), Koronare Herzkrankh. (Angina pectoris), Mangel durchblutung des ZNS/Apoplex, Thrombose, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Herzklappenfehler/-ersatz)			_____ _____ _____ _____ _____
Infektionskrankheiten (welche?) (z. B. Hepatitis, AIDS, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Atemwegserkrankung (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes (welcher Typ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankung blutbildender Organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? – Fortsetzung von Seite 1

	JA	NEIN	Ergänzende Angaben
Nierenerkrankung (welche?) (Chronische Niereninsuffizienz, Dialyse, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einnahme von Bisphosphonaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nasennebenhöhlenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frühere Operationen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Medikamente?			
Rauchen Sie? Wenn JA, wie viele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zigaretten/pro Tag _____
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie eine Parodontitisbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie eine Zahnregulierung (KFO)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie einen Unfall mit Kopfbeteiligung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Beschwerden im Kopfbereich? (z. B. Migräne, Spannungskopfschmerzen, Blockaden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei welchem Arzt?
Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In der wievielten Woche?
Ihre Zufriedenheit ist uns wichtig.			
Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie sollten sie aussehen?
Was ist Ihnen bei der Zahnbehandlung am wichtigsten?			
Was können wir für Ihr Wohlbefinden/Ihre Zufriedenheit tun?			

Für alle Ansprüche, die sich aus oder aufgrund der zahnärztlichen Behandlung ergeben wird als **ausschließlicher Gerichtsstand Freiburg/Breisgau** vereinbart. Sollten Sie keinen allgemeinen Gerichtsstand in der Bundesrepublik Deutschland haben oder Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort nach Beginn der Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verlegen, so wird für alle Ansprüche, die sich aus oder aufgrund der zahnärztlichen Behandlung ergeben als ausschließlicher Gerichtsstand Freiburg/Breisgau vereinbart.

Wenn wir einen Termin vergeben, ist das eine **verbindliche Vereinbarung**. Durch unser Terminsystem entstehen im Regelfall keine oder nur kurze Wartezeiten. Da wir für Sie eine ganz bestimmte Zeitdauer reservieren bitten wir Sie, Ihre Termine pünktlich einzuhalten.

Bitte beachten Sie: Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie möglichst frühzeitig, jedoch spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls müssen wir Ihnen ausgefallene Termine in Rechnung stellen, wenn wir keinen Ersatzpatienten einbestellen können.

Ich bestätige vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben und bin mit den Vereinbarungen einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift